

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N^o 371

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

JEAN GERVAIS

Né à Paris le 14 Juillet 1892

Ex-INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX

L'OSTÉO - ARTHROPATHIE VERTÉBRALE TABÉTIQUE

Président : M. JEANSELME, Professeur

AMIENS

IMPRIMERIE YVERT & TELLIER

37, Rue des Jacobins, 37

1921

371

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

178



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

JEAN GERVAIS

Né à Paris le 14 Juillet 1892

EX-INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX

L'OSTÉO - ARTHROPATHIE VERTÉBRALE
TABÉTIQUE



Président : M. JEANSELME, Professeur

AMIENS

IMPRIMERIE YVERT & TELLIER

37, Rue des Jacobins, 37

19 21

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHTER
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RÉNON
Pathologie chirurgicale	LEGÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale	BAITHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA AUGUSTE
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILLEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL

AGRÈGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LE LORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETTIÈRE	GRÉGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUÉNIOT	LÉRI	ROUVIÈRE
CAMUS	GUILLAIN	LÉVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRÉ	LIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur JEANSELME

Médecin de l'Hôpital St-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES

M. le Docteur SÉZARY.

M. le Professeur POZZI (*in memoriam*).

M. le Professeur Agrégé PROUST.

M. le Docteur MOSNY (*in memoriam*).

M. le Docteur LORTAT-JACOB.

M. le Docteur MATHIEU (*in memoriam*).

M. le Professeur Agrégé CLERC.

Nous prions notre Maître, M. le Docteur SÉSARY, qui voulut bien nous guider dans le choix de notre thèse, d'accepter l'hommage de notre profonde gratitude.

L'accueil que nous avons trouvé, dans son service, comme interne provisoire, les bénéfices que nous avons retirés de son enseignement journalier, nous laissent un souvenir impérissable.

L'OSTÉO-ARTHRORATHIE VERTÉBRALE

TABÉTIQUE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

L'ostéo-arthropathie vertébrale tabétique est une affection rare, dont la littérature médicale possède un nombre restreint d'observations.

En 1874, Vulpian (Leçons sur les maladies du système motrice », signale deux cas douteux.

En 1874, Vulpian (Leçons sur les maladies du système nerveux), relate l'observation d'une femme de la Salpêtrière présentant de l'incoordination des mouvements des membres inférieurs, dont le rachis était dévié par une cyphose angulaire.

C'est en 1884 seulement que Krœnig publie « un cas de spondylolisthésis chez un tabétique ».

Petit, en 1885, présente à la Société d'Anatomie de Bordeaux, les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un tabétique atteint d'arthropathie vertébrale. Ces mêmes pièces furent présentées à la Société de Biologie de Paris, par Pitres et Vaillard.

En 1886, Auché publie son observation.

En 1888, Kroenig fait paraître un deuxième mémoire, concernant deux tabétiques atteints d'arthropathie vertébrale, mais sans constatation nécropsique.

Mentionnons le cas douteux présenté par Gombault et Mallet dans les Archives de Médecine Expérimentale de 1889.

En 1891, dans sa thèse inaugurale « sur les scolioses myélopathiques », Monsarrat se borne à citer les trois cas de Kroenig et celui d'Auché.

En 1892, Hallion, dans sa thèse de Doctorat « sur les déviations vertébrales myélopathiques », décrit les cas de Pitres et Vaillard, ceux de Kroenig, sous le nom d'arthropathies et fractures de la colonne vertébrale et cherche surtout une explication pathogénique. Mouchet et Coronat (Arthropathies d'origine nerveuse, 1895), admettent la possibilité de lésions vertébrales, de même que Mirallie en 1896 (Revue d'orthopédie).

Enfin paraît en 1900 le mémoire documenté d'Abadie qui constitue à l'heure actuelle la seule étude complète de l'arthropathie vertébrale.

Depuis la publication du mémoire d'Abadie, un plus grand nombre d'observations a été publié, la radiographie est venue en aide aux cliniciens pour éclaircir l'origine de certaines cyphoses et permettre ainsi de dépister des arthropathies méconnues.

Les principales observations publiées, dont nous donnons un résumé dans cette étude, sont celles d'Hofbauer (1902), de Frank (1904), de Baduel (1905), de Lejonne et Gougerot (1907), d'Haus Haenel (1909), de Roasenda (1909), de Guiseppe Baschierri Salvadori (1910), de H. Dufour (1910) et de Leclerc Cluzet et Pauly (1911).

Les ouvrages classiques ne font que mentionner l'arthropathie vertébrale tabétique.

Dans le traité de chirurgie Duplay-Reclus, Quénu signale la localisation de l'arthropathie sur les articulations vertébrales.

Pierre Marie dans le traité de médecine Bouchard et Brissaud, consacre une quinzaine de lignes aux fractures et aux arthropathies vertébrales du tabes et reproduit un dessin de la collection Charcot, ainsi qu'une photographie.

Dans le traité de chirurgie, Le Dentu et Delbet, le diagnostic entre le mal de Pott et les fractures spontanées de la colonne vertébrale, est posé.

Au chapitre arthropathie tabétique du traité de médecine Brouardel et Gilbert, l'arthropathie vertébrale termine l'énumération des différentes localisations.

Nous allons rapporter nos deux observations personnelles : l'une concernant une malade présentée à la Société de Neurologie le 1^{er} Juillet 1920, par M. Sézary et nous-même ; la seconde, que nous devons à l'obligeance du Docteur Moricand. Nous résumerons ensuite les principales observations parues et c'est à l'aide de ces matériaux que nous ferons notre étude.

OBSERVATION PERSONNELLE

*(Malade présentée à la Société de Neurologie, le 1^{er} Juillet 1920,
par M. SÉZARY et nous-même.)*

Mme L..., 58 ans, blanchisseuse.

La malade a contracté la syphilis à l'âge de 28 ans (roséole, plaques muqueuses, adénopathies). Elle n'a suivi aucun traitement jusqu'à 50 ans. A ce moment elle a souffert de névralgies faciales, à paroxysmes nocturnes, qui ont cédé à 7 injections de biiodure de mercure.

Quelques mois plus tard, se manifestaient les premiers symptômes de tabes : douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, troubles de la marche. Malgré un traitement par l'iodure de potassium, ceux-ci s'aggravent progressivement. En 1914, deux séries d'injections intra-veineuses de cyanure de mercure les améliorent passagèrement.

En 1915, les douleurs lancinantes sont plus fréquentes, l'ataxie fait des progrès. Il survient à droite, une paralysie du moteur oculaire commun (ptosis, diplopie) et de l'auditif (bourdonnements d'oreille, sifflements, vertiges). Il existe de l'incontinence d'urine.

C'est en 1918 qu'apparaît l'arthropathie vertébrale. Celle-ci a été causée par un effort ; la malade, montée sur une chaise, sortait d'une armoire dix draps de lit, c'est-à-dire qu'elle supportait, dans cette attitude un poids d'environ vingt kilos. Elle ressentit brusquement un violent craquement dans la région lombaire, sans cependant éprouver la moindre douleur. C'est quelques jours après, en palpant cette région, qu'elle constata l'existence d'une déviation de sa colonne vertébrale. Elle put donc continuer à vaquer à ses occupations. Mais trois

mois plus tard, les progrès de l'ataxie la contraignirent à s'aliter définitivement.

Etat en Juillet 1920 :

Ataxie intense des membres inférieurs, rendant la station debout et la marche impossibles : incoordination peu accusée des membres supérieurs.

La force musculaire est conservée, mais il existe, surtout aux membres inférieurs et au tronc, une hypotonicité très marquée. Paralyse du muscle droit interne de l'œil droit ; pas de ptosis, surdité droite.

Réflexes rotuliens et achilléens abolis.

Réflexes périostés-radiaux et olécrâniens : nuls à gauche, très faibles à droite.

Signe d'Argyll-Robertson, Mydriase bilatérale.

Pas de signe de Babinski.

La sensibilité profonde semble plus atteinte que la sensibilité superficielle ; on ne note qu'une bande d'anesthésie occupant la partie interne de la jambe gauche, depuis le genou jusqu'à la malléole, répondant approximativement au domaine de L 4. Pas de troubles sensitifs de la région sacrée.

Il existe toujours des douleurs lancinantes, plus ou moins fréquentes suivant les jours.

Il n'y a plus incontinence des urines, mais la miction nécessite un effort.

Arthropathie. — A la région lombaire, on constate une déformation de la colonne vertébrale, consistant en une saillie angulaire, légèrement déjetée à droite de la ligne médiane, située sur le trajet et un peu au-dessus de la ligne unissant les deux crêtes iliaques, semblant donc formée aux dépens des 3^e et 4^e vertèbres lombaires. Cette gibbosité n'est douloureuse, ni spontanément, ni à la pression. Elle n'entraîne aucune

contracture des muscles voisins à l'encontre de ce qu'on observe dans le mal de Pott. Le rachis peut effectuer des mouvements d'extension, de flexion, de latéralité, non seulement sans aucune gêne, mais encore, à cause de l'hypotonie avec une amplitude exagérée. Pendant ces mouvements la main placée à plat sur la gibbosité ne perçoit aucun craquement. De plus, en suivant avec le doigt la ligne des apophyses épineuses, depuis la région cervicale jusque vers la région sacrée, on constate qu'à partir de la première vertèbre lombaire, les apophyses épineuses ne sont plus perceptibles. La raison de ce phénomène est donnée par la radiographie.

Celle-ci révèle des délabrements vertébraux considérables. D'abord, le corps de la 3^e vertèbre lombaire a l'aspect d'un coin et semble avoir été écrasé en partie. De plus, cette vertèbre n'occupe pas sa situation normale ; elle a fortement glissé vers la gauche, de telle sorte qu'elle se trouve, par rapport à la 4^e lombaire, sur un même plan horizontal, à côté d'elle, et de plus dans un plan frontal différent ; il y a là un spondylolisthesis très marqué. Le corps de cette 3^e lombaire émet aussi un prolongement ostéophytique qui se dirige vers l'os iliaque.

Lorsqu'on examine de plus près l'épreuve radiographique, on constate une lésion encore plus importante. Le segment rachidien formé par les trois premières vertèbres lombaires a subi en effet un mouvement de torsion, de telle sorte que les apophyses épineuses de ces vertèbres se trouvent dirigées obliquement vers la droite. La XII^e dorsale est elle-même entraînée par ce mouvement : l'articulation de la 12^e côte se fait en effet à droite sur un plan plus antérieur qu'à gauche (la tête de ce côté est nettement visible à droite, elle est masquée à gauche par le corps vertébral) ; elle semble avoir viré d'environ 20 degrés. Enfin le spondylolisthesis se traduit sur l'espace qui sépare les 11^e et 12^e vertèbres dorsales : au lieu de dessiner un rectangle, sa projection figure un tronc de cône dont la base est dirigée vers la gauche.

Les 4^e et 5^e vertèbres lombaires occupent leur position normale au-dessus du sacrum, mais elles sont légèrement repoussées vers la droite par les vertèbres sus-jacentes.

Toutes les vertèbres présentent une perméabilité exagérée aux rayons X, ce qui traduit une ostéoporose que nous avons retrouvée aux tarses, aux genoux et aux coudes. Les os du tarse gauche présentent d'ailleurs une hypertrophie globale.

L'auscultation du cœur révèle un souffle systolique de la base, qui traduit une aortite.

OBSERVATION INÉDITE

(Due à l'obligeance du Docteur MORICAND).

M. X... soigné depuis 4 ans pour tabes, avec légère incoordination des mouvements des membres inférieurs, mais peu d'ataxie.

C'est à l'occasion d'une affection pulmonaire que le Docteur Moricand remarqua la déformation de la colonne vertébrale de son malade. Cette déformation avait dû se produire assez rapidement, car 2 ou 3 mois auparavant le malade était soumis à un traitement de piqûres intra-musculaires d'Olarsol et une déformation aussi accentuée n'eut pu passer inaperçue.

Cette déformation s'est installée sans douleur aucune, elle n'empêchait nullement le malade de vaquer à ses occupations.

A l'examen, on notait une scoliose très marquée à concavité gauche au niveau de la colonne dorsale et une scoliose à concavité droite au niveau de la colonne lombaire.

La crête iliaque droite touchait presque le rebord des fausses côtes.

Il y avait de plus torsion du bassin sur un axe vertical.

La déformation était indolore spontanément, à la pression, à la percussion et à la mobilisation du rachis.

Radiographie :

La colonne vertébrale s'estompe entre les 3^e et 4^e lombaires.

La 3^e lombaire chevauche la 4^e et surplombe à gauche son bord

Nous adressons à M. le Docteur Moricand nos plus vifs remerciements pour les documents aimablement mis à notre disposition.

externe. Le corps vertébral de la 3^e lombaire est érodé et aplati. La 4^e lombaire porte 2 gros crochets ostéophytiques qui la rattachent à la 3^e.

La structure osseuse de la partie droite du corps des 3^e et 4^e lombaires est complètement modifié.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS ANTÉRIEURES

KROENIG.

OBSERVATION I.

Hoecke, 35 ans, boulanger.

Pas de syphilis avouée.

En 1872, douleurs dans les membres inférieurs.

En 1882, en descendant un escalier, il glisse sur 3 marches et ressent un craquement dans la région lombaire. Il se redresse sans douleur et continue à travailler. De ce moment date de l'incertitude de la station et de la marche.

Examen pratiqué en 1884 :

Tabes net avec ataxie et déformation rachidienne. Lordose dorso-lombaire, allant de la 5^e lombaire à la 8^e dorsale, surtout appréciable dans la station debout.

Le rachis est en rotation légère vers la gauche, et présente une scoliose latérale droite.

La 5^e lombaire, prolabée, en rotation légère à gauche déborde le promontoire.

OBSERVATION II.

De Planque, 54 ans, conducteur des postes en retraite.

Chancre à 25 ans.

En 1876, douleurs rhumatismales (?) dans les jambes, bientôt suivies de fourmillements et picotements généralisés, plus marqués dans les lombes.

En 1877, en soulevant un sac, il ressent une commotion dou-

loureuse, un peu au-dessous du milieu de la colonne vertébrale. Il prétend avoir entendu à ce moment un craquement des vertèbres au même endroit.

Examen :

Tabes net avec ataxie confirmée.

Déformation accentuée de la colonne vertébrale.

Scoliose latérale gauche dorso-lombaire.

Lordose dorsale inférieure, cyphose lombaire.

Epaississement des apophyses épineuses dorsales inférieures et lombaires. Espaces inter-épineux anormaux.

Spondylolisthésis de la 5^e lombaire.

OBSERVATION III.

Henri, 52 ans, camionneur.

En 1852. Chancre.

En 1865. Vives douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

En 1875. Troubles de la marche et de l'équilibre.

En 1883. Ataxie nette.

En portant une caisse sur un évier, il glissa et ressentit une vive douleur lombaire. Il put cependant continuer son travail. Les douleurs diminuèrent rapidement et il ne persista qu'une sensation de pression dans le rachis.

Depuis l'accident, le corps avait tendance à se porter en avant.

Examen :

Lordose et scoliose droite, au niveau de la colonne dorsale inférieure et lombaire.

Epaississement et saillie de l'apophyse épineuse de la 5^e lombaire dont le corps présentait un début de spondylolisthèse ?

PETIT.

OBSERVATION

Homme, 56 ans.

Nie la syphilis.

A 39 ans, douleurs fulgurantes.

6 ans plus tard, franchement tabétique.

A 53 ans, luxation trapézo-métacarpienne spontanée.

La même année, sans douleurs préalables, devient bossu en une nuit. Il s'était aperçu cependant que depuis quelque temps son tronc s'infléchissait progressivement à droite.

L'année suivante, en se levant, il s'aperçut que ses hanches étaient disloquées et sa taille diminuée.

Examen (1885) :

Déformations articulaires des 2 genoux.

Luxation coxo-fémorale double. Thorax en carène.

Gibbosité dorso-lombaire très accentuée.

Scoliose à concavité gauche à l'union des régions lombaire et dorsale.

Corps vertébraux lombaires épaissis.

La mort survint à la suite d'une amputation de jambe.

Autopsie :

Arthropathies coxo-fémorales.

Inclinaison très marquée de la colonne vertébrale sur le bassin.

Saillie angulaire du rachis. Augmentation des corps vertébraux, avec bosselures et rugosités des vertèbres dorsales et des 3 dernières lombaires.

Ecrasement de la 2^e lombaire. Destruction partielle de la 1^{re} lombaire.

Canal vertébral perméable. Os déchiquetés, légers, poreux.

AUCHÉ.

OBSERVATION

Femme, 66 ans.

Mariée à 32 ans. 2 grossesses : à la 1^{re}, fœtus mort-né ; à la 2^e, jumeaux morts.

En 1860, à 41 ans, luxation spontanée de la hanche droite.

Quelque temps après, sans douleur ni trauma, devient bossue.

A ce moment apparition de douleurs fulgurantes.

En 1885, après une chute, fracture de jambe.

Examen (21 novembre 1885) :

Fracture de la jambe gauche.

Luxation coxo-fémorale double, craquements articulaires du genou.

Signes non douteux de tabes.

Scoliose à convexité tournée vers la gauche, comprenant les 6 dernières dorsales et les 3 premières lombaires.

Gibbosité angulaire lombaire.

Meurt 2 ans après de pneumonie.

Autopsie :

Sclérose des cordons postérieurs de la moelle.

Déviation multiples du rachis : 1^{re} courbure latérale à concavité droite au niveau de l'angle sacro-vertébral, 2^e courbure à convexité droite, comprenant les 6 dernières dorsales et les 3 premières lombaires, 3^e courbure à convexité gauche, formée par les premières dorsales et les dernières cervicales.

Déviation angulaire saillante, correspondant aux premières lombaires. Corps vertébraux augmentés de volume. Exostoses nombreuses. Disparition de la face articulaire de la 3^e lombaire et de la face correspondante inférieure de la 2^e. Destruction des 2/3 latéraux gauche de la 2^e lombaire. Canal vertébral perméable.

ABADIE.

OBSERVATION I.

Femme, 51 ans.

Chancre à 15 ans, mal soigné.

A 27 ans, douleurs fulgurantes dans les membres et le tronc.

A 33 ans, arthropathie de la hanche droite.

A 37 ans (en 1884), 1^{er} examen : tabes et ataxie confirmée.

A 40 ans, accentuation des signes de tabes ; arthropathie du genou gauche.

A 50 ans, confinée au lit avec une double arthropathie de la hanche et du genou, avec luxation.

Déviation de la colonne vertébrale : 3 courbures, 2 latérales : scoliose lombaire à concavité droite, scoliose cervico-dorsale de sens opposé. Une antéro-postérieure : cyphose lombaire sans gibbosité angulaire. Apophyses épineuses saillantes et volumineuses. Pas de craquements vertébraux. Pas de douleurs spontanées ou à la pression.

Autopsie :

Sclérose des cordons postérieurs de la moelle.

Arthropathies tabétiques de la hanche droite et du genou gauche.

Vertèbres lombaires altérées, maximum au niveau de la 3^e et 4^e lombaire, en partie détruites, affectant la forme de coins dont les bords tranchants se regardent.

Ostéophytes plus ou moins volumineuses assurant la stabilité de la colonne vertébrale. •

Canal rachidien perméable.

Os légers et poreux.

OBSERVATION II.

Femme, 45 ans.

Syphilis niée.

A 33 ans, crises clitoridiennes.

A 35 ans, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, puis apparition de maux perforants plantaires, et à 39 ans, troubles de la marche.

En 1898 : 1^{er} examen.

Tabes confirmé avec très légère incoordination motrice des membres inférieurs.

En 1899. La malade qui se livre à des travaux fatigants, cousant à la machine et restant couchée sur son ouvrage, présente des douleurs vertébrales constrictives et progressivement s'installe une déviation rachidienne.

Examen :

Attitude voûtée. Scoliose cervico-dorsale supérieure à concavité tournée à gauche. Scoliose dorso-lombaire de sens opposé, plus marquée que la première. Cyphose cervico-dorsale très accentuée sans gibbosité angulaire. Enfoncement de la région lombo-sacrée. Apophyses épineuses dorsales inférieures et lombaires épaissies et saillantes.

Mobilité de la colonne vertébrale partiellement conservée. Pas de craquement articulaires, douleur vive à la pression et à la percussion.

OBSERVATION III.

Homme, 51 ans.

Syphilis à 23 ans, traitée régulièrement.

A 37 ans, crises gastriques.

A 38 ans, douleurs fulgurantes et début d'ataxie des membres inférieurs.

A 45 ans, marche impossible.

A 50 ans, brusque apparition de gros bruits de craquements articulaires au niveau de la région lombaire, à l'occasion des mouvements de flexion et d'extension de la colonne vertébrale.

Pas de douleurs vertébrales.

Progressivement s'installe une déviation rachidienne.

Examen :

Tabes évident.

Scoliose dorso-lombaire à convexité droite.

Scoliose de compensation cervico-dorsale.

Saillie des apophyses épineuses lombaires, avec augmentation de volume des lombaires et de la 10^e dorsale.

Mouvements de la colonne vertébrale indolores mais donnant naissance à des craquements articulaires graves et sonores.

OBSERVATION IV.

Homme, 54 ans.

Nie la syphilis.

A 45 ans, douleurs fulgurantes, chute spontanée des dents.

Ptosis œil gauche, et strabisme externe.

A 49 ans, premiers troubles de la marche.

A 52 ans, déviation médiane et progressive de la colonne vertébrale. Scoliose lombaire à concavité droite. Scoliose dorsale de compensation. Cyphose cervico-dorsale très marquée. Pas de déviation angulaire. Pas de modification apparente des vertèbres. Pas de douleurs, ni craquements articulaires.

OBSERVATION V.

Homme, 54 ans.

Syphilis niée.

A 54 ans, crises fulgurantes, troubles sphinctériens.

Examen :

Signes certains de tabes. Ataxie des membres inférieurs. Pas d'arthropathie volumineuse, mais craquements articulaires dans toutes les articulations. Petite arthropathie acromio-claviculaire droite. Cyphose dorsale très marquée, avec scoliose à convexité gauche. Pas de modification apparente des vertèbres. Pas de douleurs, pas de craquements. Immobilité complète du rachis, sauf au niveau de la colonne lombaire, où les articulations intervertébrales paraissent plus souples et douées de mouvements plus étendus qu'à l'état normal.

OBSERVATION VI.

Homme, 57 ans.

Pas de syphilis avouée ni reconnue.

A 45 ans, douleurs fulgurantes.

A 50 ans, à la suite d'une chute de voiture, luxation de l'épaule et fissure probable du crâne.

Malade nettement tabétique avec peu d'incoordination motrice des membres inférieurs.

Depuis une quinzaine d'années, déformation lente de la colonne vertébrale.

Attitude du gibbeux. Cyphose dorsale avec épaissement des apophyses épineuses correspondantes.

OBSERVATION VII.

Homme, 58 ans.

Syphilis à 25 ans, non traitée.

A 40 ans, premières douleurs fulgurantes.

A 50 ans. Inclinaison du tronc en avant et apparition d'une cyphose dorsale.

Aucune gêne dans les mouvements du rachis.

A 51 ans, mal perforant.

A 58 ans, grosse arthropathie du genou droit.

Examen :

Tabes non douteux.

Cyphose dorsale très accentuée, avec maximum à la 7^e dorsale. Scoliose à concavité droite, plus marquée dans la station debout, mouvements de la colonne vertébrale abolis, sauf légère extension lombaire, avec inclinaison latérale de petite étendue. Pas de douleurs ni spontanées ni provoquées. Pas de craquements articulaires vertébraux.

HOFBAUER.

Homme, 34 ans.

Sans trauma préalable, une déformation rachidienne se produit.

On constate à l'examen une déformation angulaire de la colonne vertébrale au niveau de la colonne lombaire, avec une scoliose à convexité gauche.

Immobilité rachidienne.

Radiographie :

On constate les lésions de la partie droite et antérieure des 3^e et 4^e lombaires.

La 3^e lombaire glisse en avant et à droite et la colonne vertébrale subit un mouvement de torsion identique.

KURT FRANK.

M. W..., 55 ans, ébéniste.

Nie la syphilis.

En 1902, il reçut dans les reins un gros billot de bois. La douleur fut légère, aucun craquement ne fut perçu et il n'interrompit pas son travail.

En 1903 apparurent de vives douleurs qui irradiaient du rachis aux membres inférieurs et qui, au dire du malade n'avaient pas le caractère des douleurs lancinantes.

Examen :

Tabes certain, sans ataxie.

La colonne vertébrale présente au niveau des dernières dorsales et des premières dorsales une cyphose. A ce niveau on peut palper une masse osseuse, indélimitable située sur le côté gauche du rachis. L'apophyse épineuse de la 3^e lombaire est fortement proéminente. Légère scoliose à convexité gauche. Dans le segment dorsal, courbure de compensation.

Au niveau du segment cervico-dorsal légère cypho-scoliose.

Pas de douleur spontanée, ni à la pression. Pas de raideur, tout au plus une légère limitation des mouvements du segment lombaire. Pas de craquements articulaires.

Radiographie :

La radiographie montre une déformation de la 2^e et de la 3^e lombaire et l'existence de néoproductions osseuses.

BADUEL.

OBSERVATION I.

C. B., homme, 49 ans.

Syphilis à 22 ans. Pas de rachitisme dans l'enfance.

En 1887, douleurs fulgurantes violentes et crises viscérales diverses.

Puis le malade commença à sentir une douleur dans la région dorso-lombaire et progressivement s'installe une déformation.

Examen :

Tabes net. Légère ataxie des membres inférieurs. Le tronc est incliné en avant ; la meilleure position pour le malade est la position demi-assise.

Incurvation marquée du segment dorso-lombaire. Les espaces intercostaux droits sont plus larges que les gauches. Le rebord costal droit est plus rapproché de la crête iliaque.

Gibbosité de la région lombaire, avec scoliose à convexité gauche.

Les apophyses épineuses sont augmentées de volume et couvertes de nodosités.

La 9^e dorsale est proéminente.

La mobilité de la colonne vertébrale est conservée.

La pression, la percussion, ainsi que la mobilisation du rachis, ne déterminent aucune douleur.

OBSERVATION II.

Femme, 40 ans.

Fut allaitée par une nourrice syphilitique.

Présenta dans l'enfance des adénites suppurées du cou et de l'aîne.

A 14 ans, premières douleurs à type lancinant et apparition d'une tuméfaction indolente du genou gauche.

Ptosis de la paupière gauche.

Puis apparait une arthropathie du genou droit.

Chute spontanée et indolore des dents. Crises viscérales.

Examen :

Déviation rachidienne consistant en une scoliose à convexité droite, allant des dernières dorsales à la région sacrée. Courbure de compensation à convexité gauche de la région cervico-dorsale.

Pas de douleurs à la pression, à la percussion et à la mobilisation du rachis.

LEJONNE et GOUGEROT.

Homme, 35 ans.

Syphilis à 19 ans, bénigne, non traitée.

En 1896, douleurs fulgurantes.

En 1901, ataxique.

En 1907, déviation rachidienne qui aurait été précédée de douleurs rachidiennes vagues. Pas de trauma immédiat.

Examen :

Le rachis fait saillie. Gibbosité à la partie médiane du dos. Scoliose à concavité gauche. La gibbosité commence à la 8^e dorsale. L'apophyse épincuse de la 10^e est la plus proéminente, presque subluxée en arrière et basculée en haut : 2 travers de doigt la séparent de l'apophyse sus-jacente de la 9^e. La déformation cesse à la 11^e.

Mobilité rachidienne conservée. Pas de contracture.

Indolence complète à la percussion, à la palpation et aux mouvements provoqués.

La radiographie n'ajoute rien à l'examen clinique.

Pas de compression médullaire.

HANS HAENEL.

Officier, 52 ans.

En 1890, douleurs fulgurantes.

En 1904, douleurs persistantes, névralgiques dans le coccyx, la région spinale gauche et le testicule homonyme.

En même temps affaissement de la partie supérieure du corps et inclinaison en avant, accompagnée de sensation de faiblesse de la colonne vertébrale.

Examen :

Cyphose lombaire, avec lordose compensatrice cervico-dorsale supérieure et scoliose à convexité droite des vertèbres dorsales inférieures.

La radiographie montre le tassement des vertèbres lombaires et leur soudure totale.

ROASENDA.

Homme, 44 ans, mécanicien.

Syphilis à 22 ans, contractée en Afrique.

En 1904, douleurs erratiques, puis fulgurantes.

En 1906, à la suite d'un effort, le malade perçoit un craquement osseux au niveau du rachis. Il eut à ce moment la sensation d'une dislocation des vertèbres. Ni à ce moment, ni par la suite il ne ressentit de douleurs spontanées ou provoquées.

Examen :

Tabes certain. Pas d'ataxie.

Scoliose lombaire très marquée à convexité gauche, et au-dessus courbure de compensation du côté opposé.

Apophyses épineuses augmentées de volume.

Tumeur osseuse sur le côté gauche du rachis qui paraît deux fois plus grosse que le poing.

Radiographie :

Déviation rachidienne notable, angle d'inclinaison avec la verticale très marquée.

Transparence du sacrum et de la 5^e lombaire.

Troubles trophiques évidents des 2^e, 3^e, 4^e lombaires.

Le rachis est représenté au niveau des lésions par une masse osseuse, amorphe, irrégulièrement cylindrique avec des zones de raréfaction et d'autres de néoproduction osseuse.

En 1909, apparition d'une ostréarthropathie du genou droit et d'une déformation très remarquable des métatarsiens du pied droit.

Giuseppe BASCHIERRI SALVADORI.

Femme, 40 ans. Femme de Service.

Mariée à 18 ans, le mari semble avoir eu la syphilis.

En 1897, douleurs lancinantes dans les membres inférieurs.

En 1909, à la suite d'un effort, douleur dans la région lombaire. Ces douleurs vont en augmentant les jours suivants, elles sont exagérées par la station debout et les mouvements ; elles affectent le type en ceinture.

A partir de cette époque, troubles de la déambulation, et instabilité marquée dans l'obscurité.

Signes cliniques évidents de tabes. Ponction lombaire : hyperalbuminose légère et lymphocytose moyenne.

Radiographie :

Lordose et scoliose à convexité droite du segment lombaire. Rotation sur l'axe vertical des vertèbres lombaires, de telle sorte que les apophyses épineuses ne sont pas sur l'axe médian antéro-postérieur, mais sur l'axe transversal du corps.

Le corps de la 3^e Lombarie fait une saillie d'un travers de doigt environ sur le plan de la 2^e et 4^e.

Dépression de la moitié gauche du corps de la 3^e lombarie qui se présente sous forme de-coin.

H. DUFOUR.

R. D. 43 ans. Architecte.

Syphilis à 25 ans.

À 30 ans, douleurs lancinantes.

Puis apparaissent des signes certains de tabes avec incoordination motrice.

Depuis un mois, il a constaté dans la région lombo-sacrée une saillie osseuse, indolente à la pression et aux mouvements.

Aux douleurs fulgurantes des membres inférieurs, s'ajoutent des douleurs vives, uniquement ressenties dans les 2 jambes, pendant la marche.

Examen :

Au-dessus de la 1^{re} pièce sacrée, existe une dépression par glissement en avant de la 5^e lombaire. Ce glissement produit de la lordose, avec affaissement de la colonne vertébrale sur le sacrum.

La palpation et la mobilisation du rachis est indolore.

En mobilisant le rachis on peut réduire la subluxation de l'articulation lombo-sacrée. Cette réduction s'accompagne de gros craquements articulaires.

Les douleurs vives dont souffre le malade, pendant la marche, sont dues à une compression des nerfs de la queue de cheval, causée par le déplacement antérieur de la dernière vertèbre dans le canal rachidien.

LECLERC-CLUZET et PAULY.

Homme, 52 ans, conducteur de tramways.

Nie la Syphilis.

Tabes net avec légère incoordination motrice.

Il y a 10 mois, crises viscérales et douleurs lombaires très violentes avec irradiations dans le côté gauche.

Au point maximum de la douleur, saillie de l'apophyse épineuse de la 4^e lombaire, douloureuse à la pression.

Au-dessus de cette saillie scoliose, à convexité gauche pour

la région lombaire, à convexité droite pour la région dorsale.

La mobilisation du rachis est possible, mais douloureuse.

Radiographie :

Tassement de la 4^e et 5^e lombaire du côté gauche avec effacement de l'espace clair intervertébral.

ÉTUDE CLINIQUE

Brusquement, à l'occasion d'un effort ou d'un traumatisme, apparaît, chez un tabétique, une gibbosité siégeant ordinairement dans la région lombaire, indolore spontanément et aux mouvements provoqués.

Parfois, au moment de l'accident, le malade a eu la sensation d'une dislocation vertébrale (cas de Roasenda) et la perception d'un craquement osseux (obs. I et II de Krœnig).

Le début de l'arthropathie vertébrale est indolore, dans la majorité des cas ; cependant il faut signaler les observations de Krœnig (II), de Kurt Frank, de Baduel, de Lejonne et Gougerot, où l'apparition de la gibbosité fut accompagnée de douleurs. Douleurs vagues il est vrai, dans le cas de Lejonne et Gougerot, douleurs passagères dans les autres cas, et vraisemblablement peu violentes, puisqu'elles n'obligèrent pas les malades à abandonner leur travail.

Le début de l'arthropathie vertébrale tabétique ne présente pas toujours l'allure dramatique que nous avons décrite. Les lésions osseuses évoluent insidieusement, souvent à l'insu du malade : la colonne vertébrale s'infléchit progressivement, ses courbures normales s'exagèrent, et si un traumatisme ne vient pas déterminer le délabrement ostéo-articulaire, les déformations vertébrales se bornent à une cypho-scoliose plus ou moins

prononcée. Ce stade silencieux, qui dans certains cas n'est pas dépassé, correspond à la période des déviations simples d'Abadie.

A la période d'état, les signes fonctionnels sont peu marqués. Le malade ne souffre nullement de sa gibbosité, celle-ci ne l'empêche pas de vaquer à ses occupations, et quand il est confiné au lit, c'est à l'ataxie et non à l'arthropathie que revient la cause de cette immobilisation. Tout au plus dans quelques cas a-t-on signalé une légère sensation de gêne rachidienne.

Il est curieux de constater la disproportion qui existe entre l'énorme importance des lésions anatomiques et la pauvreté des signes cliniques. Ceci est dû vraisemblablement aux lésions des voies sensitives, aux anesthésies des tabétiques.

La gibbosité siège le plus souvent au niveau de la région lombaire, elle est déjetée latéralement dans la plupart des cas. Une scoliose et une courbure de compensation de sens inverse l'accompagnent.

Gibbosité, scoliose et courbure de compensation traduisent à la vue la déformation vertébrale. Celle-ci se manifeste encore par un rapprochement du rebord costal de la crête iliaque et par des plis cutanés abdominaux.

La palpation, indolore, permet de situer la gibbosité par repérage des vertèbres qui la constituent. Les espaces inter-épineux ont un écartement exagéré. Les apophyses épineuses sont épaissies, proéminentes et rugueuses.

Il n'y a ni raideur, ni immobilisation rachidienne et même en raison de l'hypotonie musculaire fréquente chez ces malades et de la laxité articulaire, les mouvements

ont parfois une amplitude exagérée. Dans certains cas, il existe une immobilisation rachidienne apparente qui cède quand on met le rachis en bonne position, exceptionnellement réelle comme dans le cas d'Hofbauer.

Les mouvements provoqués ne déterminent aucune douleur, non plus que la percussion des apophyses épineuses. Pendant la mobilisation du rachis, la main posée à plat sur la colonne vertébrale perçoit dans certains cas de gros craquements articulaires.

Krœnig a pratiqué la palpation abdominale sous chloroforme et le toucher rectal qui lui permet de constater le débordement de la 5^e lombaire sur le promontoire.

Cette déviation rachidienne peut provoquer des déformations secondaires, siégeant sur le bassin, bassin en entonnoir, bascule du sacrum et rapprochement des ischions, et sur le thorax, d'où possibilité dans ce dernier cas de compressions viscérales. Dans les cas accentués, la cage thoracique est en carène, saillante, aplatie transversalement. Ceci donne un aspect particulier au malade, qui, lorsque l'ataxie est contemporaine de la gibbosité, présente, dit Abadie « à la fois l'aspect empoté du bossu et l'incoordination de l'ataxique ».

Dans aucune observation, on ne mentionne de compressions médullaires ; les douleurs vives que signalent certains auteurs semblent relever de tiraillements ou de compression des racines, au niveau des trous de conjugaison. Dans l'observation de Dufour il y avait compression des nerfs de la queue de cheval par la 5^e lombaire déplacée en avant dans le canal rachidien.

Mentionnons la coexistence fréquente de troubles trophiques : maux perforants et autres arthropathies :

arthropathies du genou et de la hanche, luxation trapézo-métacarpienne (obs. de Petit), arthropathie double de la hanche (Auché), de la hanche et du genou (Abadie obs. I), de l'articulation acromio-claviculaire (Abadie obs. V), du genou (Abadie obs. VII), arthropathie du genou et déformation des métatarsiens (Roasenda), hypertrophie globale des os du tarse gauche (obs. personnelle), etc....

Nous avons insisté sur la fréquence de la localisation lombaire (2° ou 3° lombaire), ou dorso-lombaire de cette affection, mais l'arthropathie tabétique peut frapper tout le segment rachidien et quelques observations mentionnent des arthropathies dorsales et cervico-dorsales. (Abadie obs. IV, V, VI, VII). (Lejonne et Gougerot), et même une arthropathie sacrée (H. Dufour).

L'arthropathie vertébrale n'aboutit pas toujours à la gibbosité, le stade de début peut ne pas être dépassé et dans ce cas, les déformations rachidiennes sont constituées par une cyphose de grand rayon, une scoliose et une courbure de compensation. Il s'agit de ces cas avec léger tassement, sans délabrement dont nous avons parlé au début de cette étude clinique.

RADIOGRAPHIE

La radiographie vient confirmer le diagnostic clinique, en fixant le siège exact des lésions et leur étendue.

La déviation de la colonne vertébrale est toujours évidente, l'angle d'inclinaison avec la verticale très marqué ; mais de plus, dans la majorité des cas, il se produit une rotation sur l'axe vertical, qui se traduit cliniquement par la situation latérale de la gibbosité.

Les rapports entre les vertèbres sont changés et dans le cas le plus habituel d'une arthropathie lombaire, la 3^e lombaire déborde latéralement la 4^e et présente une dépression en forme de coin. Il se produit de véritables subluxations, parfois complexes, expliquant les déformations constatées en clinique.

Les faces articulaires sont déformées et irrégulières, les apophyses transverses diminuées de volume. On constate de l'ostéoporose généralisée, avec quelques productions ostéophytiques, parfois volumineuses, s'arcboutant au squelette voisin, aileron sacré, mais surtout vertèbres adjacentes, assurant ainsi un équilibre relatif du segment rachidien lésé.

L'image radiographique varie suivant que prédomine le processus atrophique ou le processus hypertrophique. C'est ainsi que dans notre observation les néoproductions sont peu abondantes et le délabrement osseux considérable, que dans l'observation de Roasenda au contraire, qui concerne une forme hypertrophique, le seg-

ment lésé se projette sous la forme d'une masse amorphe, irrégulière, avec quelques zones claires de raréfaction osseuse et des zones plus foncées de néoproductions. Dans l'observation de Haenel, il y avait tassement et soudure des vertèbres lombaires.

ETIOLOGIE

L'ostéo - arthropathie vertébrale semble atteindre l'homme de préférence (2/3 des cas).

Peu fréquente chez les sujets jeunes, elle frappe surtout les individus ayant dépassé la cinquantaine (3/4 des cas), c'est-à-dire présentant un tabes confirmé.

La profession n'est pas indifférente : dans la plupart des cas, le sujet exerçait un métier exposant à des efforts ou à des traumatismes (blanchisseur, boulanger, camionneur, femme de service, etc...). Ceux-ci interviennent d'une façon non douteuse dans nombre d'observations : c'est en faisant un effort pour soulever une pile de linge que notre malade a déclenché l'effondrement osseux, c'est grâce à des traumatismes divers, chute dans un escalier, lever de fardeaux pesants, qu'est apparue la gibbosité le plus souvent.

Nous avons déjà signalé la fréquence de l'arthropathie vertébrale dans les cas de tabes où prédominent les troubles trophiques, elle survient également avec prédilection dans les formes douloureuses. Elle apparaît une dizaine d'années environ après les douleurs fulgurantes, rarement lorsque l'ataxie est constituée, le plus souvent au contraire, elle débute quand il n'y a qu'une légère incoordination motrice. Dans quelques cas, on l'a vue précéder de très près l'ataxie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On doit à Abadie une étude détaillée, basée sur des autopsies et des examens de pièces du musée de la Salpêtrière. N'ayant aucun document anatomique personnel, nous nous contenterons de résumer les conclusions de cet auteur.

Abadie divise les lésions arthropathiques en 2 types : la forme atrophique et la forme hypertrophique.

Ces deux processus vont produire des raréfactions osseuses et des néoproductions ostéophytiques.

Les vertèbres lombaires sont surtout atteintes par le processus atrophique. Le corps vertébral est écrasé latéralement, les faces supérieure et inférieure se rejoignent : la vertèbre lésée prend la forme d'un coin qui vient buter contre la vertèbre sous-jacente. Celle-ci présente un très grand élargissement de sa face supérieure, dû au renversement de ses bords et aux ostéophytes développés sur leur pourtour. La vertèbre sus-jacente à la vertèbre atrophiee, présente un élargissement analogue de sa face inférieure. Des néoproductions ostéophytiques enserrant la vertèbre malade et assurent la stabilité du rachis, le processus hypertrophique venant ainsi remédier aux délabrements occasionnés par le processus atrophique. Ces lésions sont moins marquées sur les vertèbres voisines.

Les vertèbres cervicales gardent toujours leur morphologie, les lésions se résument à une légère inclinaison des faces supérieure et inférieure des vertèbres qui ont un aspect dépoli.

Les altérations osseuses sont plus marquées au niveau des dorsales. Au milieu d'apophyses épineuses normales, l'une d'elle garnie d'aspérités fait saillie. Les faces supérieure et inférieure des vertèbres ont une inclinaison plus marquée.

Au niveau des dernières dorsales il peut y avoir soudure des vertèbres et productions ostéophytiques : c'est une transition avec le type lombaire.

La face supérieure du sacrum est dépolie, présentant des exostoses allant parfois s'imbriquer avec des productions analogues issues de la 5^e lombaire.

Les trous sacrés sont agrandis.

Le canal rachidien est normal et les trous de conjugaison en général respectés.

DIAGNOSTIC

La coexistence d'un tabes et de lésions articulaires vertébrales indolores, permet de poser facilement le diagnostic positif d'arthropathie vertébrale tabétique. La radioscopie sera d'un grand secours, en montrant les caractères des lésions ostéo-articulaires.

Il suffit de songer à la possibilité d'une telle affection pour ne pas en méconnaître l'existence.

Si la gibbosité est apparue à la suite d'un trauma violent l'erreur est vraiment impossible à commettre avec les fractures ou luxations vertébrales ; on ne doit pas cependant oublier que celles-ci sont favorisées par la maladie de Duchenne.

La coexistence de troubles nerveux et de cyphoscoliose ne s'observe pas que dans le tabes. Elle peut se rencontrer dans la syringomyélie ; mais dans ce cas la déformation vertébrale est surtout dorsale et il existe de l'exagération des réflexes tendineux avec signe de Babinski, atrophie musculaire du type Aran-Duchenne et surtout des troubles sensitifs, présentant la dissociation thermo-analgésique.

L'arthropathie vertébrale est indolore, ce caractère suffit à la distinguer des spondylites ou d'une fausse spondylite telle que la névralgie spinale de Brodie. Celle-ci peut s'accompagner de gibbosité, mais il y a une douleur très vive, siégeant à fleur de peau.

Dans la spondylite post-traumatique (maladie de Kūm-

mel-Verneuil, il y a effondrement vertébral consécutif à un trauma, mais la douleur est intense, elle présente des rémissions prolongées, et ce n'est qu'à une période tardive de la maladie qu'apparaissent des troubles nerveux.

Les spondylites infectieuses de la typhoïde, de la paratyphoïde, de la scarlatine, de la rougeole, celles qui sont dues au staphylocoque, au streptocoque, ou au gonocoque, sont douloureuses et présentent des réactions inflammatoires, qu'on n'observe pas dans l'arthropathie tabétique. Elles n'amènent jamais des délabrements rachidiens aussi considérables.

Les spondylites rhumatismales affectent des types divers, les principaux sont :

1° Le rhumatisme vertébral ostéophytique.

Le rachis est atteint tardivement et les déformations des mains et des pieds qui précèdent la déviation vertébrale sont caractéristiques.

2° La spondylose rhizoméliquë.

Elle frappe les sujets jeunes, se manifeste par une cyphose cervicale de grand rayon, une ankylose costale, il y a de la marche à petits pas. La radiographie montre la fusion des corps vertébraux ; dans ce cas il y a une immobilité complète du rachis, ce qui est tout à fait exceptionnel dans l'arthropathie vertébrale tabétique.

En pratique le diagnostic ne se pose qu'avec le mal de Pott et il est en général facile.

La tuberculose vertébrale est plus fréquente chez les sujets jeunes. Les douleurs spontanées et provoquées sont caractéristiques : douleurs en ceinture, irradiations douloureuses le long des membres inférieurs, douleur à la pression et percussion des apophyses épineuses. De

plus il y a de la raideur et de l'immobilisation rachidienne. Il est évident que la constatation de paraplégies ou d'abcès ossifluents, écourterait encore la discussion diagnostique.

L'arthropathie vertébrale tabétique est une affection bien distincte de la syphilis vertébrale extrêmement rare. Fouquet, dans sa thèse, en mentionne un cas observé par Fournier ; Lacapère et Laurent ont publié une observation d'une arthrite ankylosante spécifique chez un hérédo-syphilitique. Les spondylites spécifiques peuvent produire des déformations rachidiennes, de siège cervical principalement, s'accompagnant aussi de productions ostéophytiques, mais cette affection est très douloureuse. La douleur est extrêmement vive, continue, avec exacerbations nocturnes et ce symptôme permet de faire le diagnostic.

A cause de ses caractères cliniques nous distinguerons donc radicalement la spondylopathie tabétique de la spondylite syphilitique.

TRAITEMENT

On a conseillé l'extension continue avec ou sans corset plâtré (Chipault-Kouindjy). Ces procédés thérapeutiques semblent inutiles.

La seule chose à craindre est l'augmentation des lésions, on recommandera au malade d'éviter les efforts et, le traitement orthopédique ayant donné dans certains cas des consolidations, on lui conseillera le port d'une ceinture immobilisant la région atteinte.

CONCLUSIONS

L'ostéo-arthropathie vertébrale tabétique est une complication du tabes qui n'est pas exceptionnelle.

Elle s'observe le plus souvent chez l'homme, après la cinquantaine et débute généralement après un trauma, même léger, ou un simple effort.

2° La radiographie et l'examen anatomique ont décelé des délabrements osseux extrêmement intenses (ostéoporose, écrasement et subluxation des corps vertébraux), ostéophytes, etc...

3° Ces lésions considérables débutent cependant sans grand fracas, quelquefois à l'insu du malade. Elles sont indolentes et ne provoquent aucun signe de compression nerveuse.

Elles se manifestent essentiellement par une déformation de la colonne vertébrale, qui occupe généralement la région lombaire.

Dans certains cas elle a précédé de près l'ataxie.

4° Par ses caractères on la différencie aisément des autres spondylites et en particulier du mal de Pott.

5° Elle n'aggrave que peu la situation du tabétique. On recommandera cependant au malade, pour éviter que les désordres ne s'accroissent, d'éviter les efforts, et de porter une ceinture qui soutiendra la région atteinte.

BIBLIOGRAPHIE

G. Petit. — Bulletin de la Société Anatomique de Bordeaux. 1885.

B. Auché. — Bulletin de la Société Anatomique de Bordeaux. 1886.

Abadie. — Nouvelles Iconographies de la Salpêtrière. 1900.

Hobauer. — Wiener Klinische Wochenschau. 1902.

Kurt Frank. — Wirbeler Krankungen bei tabes dorsalis (Wiener Klinische Wochenschau). 1904.

Baduel. — Le ostéo-arthropathie vertébrale nella tabe, contributo di due casi (Rivista critica di clinica medica). 1905.

Lejonne et Gougerot. — Revue neurologique. 1907.

Roasenda. — Sur un cas d'ostéo-arthropathie tabétique de la colonne vertébrale avec examen radiographique. (Nouvelles Iconographies de la Salpêtrière). 1905.

Hans Haenel. — Neurol. Cbtt. n° 1. 1909. (Revue neurologique 1910).

Leclerc-Cluzet et Pauly. — Lyon médical, 19 novembre 1911.

Fouquet. — Thèse de Paris. 1904-1905.

Lacapère. — Paris médical 1919.

